

Patrycja Zurzycka, Grażyna Puto, Iwona Repka

Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Osoba starsza przebywająca w instytucji opiekuńczej jako podmiot opieki pielęgniarzkiej – wybrane zagadnienia etyczne

An elderly person staying in a nursing home as a nursing care subject – selected ethical issues

STRESZCZENIE

Ze względu na starzenie się społeczeństw instytucjonalna opieka nad osobami starszymi staje się coraz powszechniejsza. W opiece tej pojawiają się liczne problemy etyczne, głównie związane z koniecznością zapewnienia podopiecznym ich potrzeb jednostkowych – poszanowania godności, wspierania autonomii oraz zapewnienia bezpieczeństwa, a także z uwzględnieniem potrzeb pozostałych mieszkańców oraz uwarunkowań organizacyjno-formalnych sprawowanej opieki. Dylematy powstające w związku z udzielanymi świadczeniami muszą podlegać rozstrzygnięciu pomiędzy prawem do samostanowienia i autonomii pacjenta, prawami pozostałych pacjentów a obowiązkami zawodowymi personelu. Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień etycznych związanych z opieką nad osobą starszą przebywającą w instytucji opiekuńczej.

Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 69–74

Słowa kluczowe: osoba starsza; opieka pielęgniarzka; instytucja opiekuńcza

ABSTRACT

Due to the aging of societies, the institutional care for the elderly people is becoming more and more common. There are numerous ethical problems related thereto, mainly to the need to the necessity of satisfying the individual needs of the people assisted – respect for their dignity, supporting their autonomy and ensuring them security, as well as taking into account the needs of other residents as well as organizational and formal conditions of care. Dilemmas arising in connection with the benefits given must be resolved between the right to self-determination and patient's autonomy, as well as between the rights of other patients and the professional duties of the staff.

The paper is aimed at presenting selected ethical issues related to the care of an elderly person staying in a nursing home.

Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 69–74

Key words: elderly; nursing care; nursing home

Wstęp

W ciągu ostatnich dziesięcioleci na skutek zmieniającej się sytuacji demograficznej nastąpiła coraz szersza akceptacja instytucjonalnej opieki nad seniorami [1, 2]. Starzenie się społeczeństw, zwiększający się odsetek osób starszych pozostających w instytucjach opiekuńczych sprawia, że coraz istot-

niejsze stają się kwestie związane z planowaniem i realizowaniem opieki wobec pacjentów w wieku podeszłym [3–6].

Problemy etyczne związane z opieką nad osobami starszymi przebywającymi w instytucjach opiekuńczych są związane przede wszystkim z koniecznością zapewnienia ich potrzeb jednostkowych (szeroko

Adres do korespondencji: dr n. hum., mgr piel. Patrycja Zurzycka, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJCM, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków, tel.: 12 421 40 10, faks: 12 429 48 72, e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2018.0011

pojętych), ale także z uwzględnieniem potrzeb pozostałych mieszkańców oraz uwarunkowań organizacyjno-formalnych sprawowanej opieki [1]. Kolejnym potencjalnym źródłem konfliktów powstających w długoterminowej opiece instytucjonalnej nad osobami starszymi może być odmienne postrzeganie koncepcji i organizacji opieki przez samych pacjentów i ich bliskich oraz personel opiekuńczy i terapeutyczny [1, 7, 8]. Istotną kwestią pojawiającą się podczas sprawowania opieki pielęgniarstwa jest również określenie, czy podjęcie działań w trosce o podopiecznego, a wbrew jego woli, jest dopuszczalnym i prawidłowym zachowaniem personelu [1]. Obserwowana w placówkach opiekuńczych koncentracja na potrzebach biomedycznych mieszkańców oraz utożsamianie pogorszenia sprawności fizycznej z utratą autonomii mogą prowadzić do ograniczenia prawa do samostanowienia pacjentów. Aby w pełni promować potrzeby i interesy osób starszych, konieczna wydaje się zmiana koncepcji funkcjonowania domów opieki i przesunięcie nacisku z zaspakajania potrzeb biomedycznych na holistyczną opiekę nad mieszkańcem, ze szczególnym uwzględnieniem koncentracji opieki pielęgniarstwa na ochronie dobrostanu i poszanowania godności pacjentów [9, 10].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień etycznych związanych z opieką nad osobą starszą przebywającą w instytucji opiekuńczej.

Osoba starsza przebywająca w instytucji opiekuńczej

Osoby starsze przebywające w placówkach zapewniających całodobową kompleksową opiekę znajdują się tam ze względu na ograniczone możliwości samodzielnej egzystencji wynikające z fizycznych lub psychicznych dysfunkcji. Optymalne funkcjonowanie osób zamieszkujących placówki opiekuńcze obejmuje, oprócz zapewnienia im potrzeb biologicznych, również realizację potrzeb społecznych i emocjonalnych. Szczególnie istotne jest wzmacnianie poczucia bycia docenianym i potrzebnym (umożliwianie podejmowania konstruktywnych i uznawanych działań), a także szanowanie przestrzeni osobistej, przyzwyczajęń i posiadanego mienia. Kluczową rolę w utrzymaniu wysokiej jakości opieki odgrywa również rodzina pacjenta i podtrzymywane przez nią więzi i kontakty (odwiedziny, wspólne celebrowanie ważnych wydarzeń). Świadczenie opieki obejmuje również zapewnienie bezpiecznego środowiska fizycznego przy jednoczesnym umożliwieniu wpływu podopiecznego na jego kształtowanie [11, 12].

Zindywidualizowana opieka pielęgniarstwa nad pacjentami w wieku podeszłym obejmuje trzy domeny: sytuację kliniczną pacjenta, osobistą sytuację życiową

i możliwość sprawowania samoopieki oraz zdolność do podejmowania decyzji [13]. Opieka pierwszego poziomu obejmuje instrumentalne i przedmiotowe relacje terapeutyczne. Jej celem jest zaspokojenie fizycznych i medycznych potrzeb pacjenta, który jest ujmowany jako bierny obiekt działań personelu zapewniającego mu podstawową opieką. Drugi poziom obejmuje wszelkie działania i postawy zmierzające do szanowania indywidualności pacjenta w kontekście sprawowanej opieki. Jest to opieka profesjonalna, jednakże oparta na asymetrii równości relacji. Trzeci poziom opieki obejmuje relacje oparte na empatyczności i wsparciu. Celem opieki na tym poziomie, poza zapewnieniem biofizycznego dobrostanu, jest poznanie wartości istotnych dla pacjenta, a także tego, w jaki sposób doświadczają oni swojego stanu. Model ten charakteryzuje się symetrycznością relacji opartą na wzajemnym zaufaniu i zrozumieniu [14]. Można zaobserwować stopniowo postępującą, lecz wciąż niezadowolającą zmianę koncepcji postrzegania instytucjonalnej opieki długoterminowej z ujęcia koncentrującego się na zapewnieniu potrzeb biologicznych podopiecznych (skupienie na deficytach, chorobie, niepełnosprawności) w stronę ujmowania podopiecznego instytucji opiekuńczej jako aktywnego podmiotu opieki zachowującego ciągłość swej podmiotowości i udziału we wspólnocie społecznej [15, 16].

Wybrane zagadnienia etyczne związane z opieką pielęgniarstwa nad osobami starszymi pozostającymi w instytucji opiekuńczej

Osoby starsze przebywają w instytucjach opiekuńczych najczęściej ze względu na pogorszenie ich funkcjonowania fizycznego (co wiąże się z ograniczeniem możliwości sprawowania samoopieki i zwiększonym zapotrzebowaniem na opiekę osób trzecich) oraz często współistniejące zaburzenia poznawcze. Ze względu na ograniczenia samodzielności ludzie ci są postrzegani często przez rodziny (a niekiedy i przez personel) jako osoby posiadające ograniczoną zdolność do podejmowania autonomicznych decyzji [17]. Istotnie osoby starsze korzystające z instytucjonalnych form opieki mogą wykazywać zmniejszoną zdolność do samoopieki, lecz nie oznacza to, że jednocześnie tracą oni prawo do autonomii i wyrażania swych preferencji lub oczekiwań związanych z podejmowanymi wobec nich działaniami opiekuńczymi i terapeutycznymi [3, 18, 19].

W praktyce opieki instytucjonalnej nad osobami starszymi można wyróżnić problemy etyczne występujące codziennie (np. dotyczące rutynowych czynności, poszanowania autonomii, zapewnienie bezpieczeństwa) i problemy spotykane rzadziej, lecz dotyczące spraw o wiele większej wagi (np. postępowania w schyłkowych momentach życia — zaniechania lub

zaprzestania prowadzonej terapii) [6]. Najczęściej problemy etyczne identyfikowane w codziennej praktyce geriatrycznej długoterminowej opieki pielęgniarstwa dotyczą: zagrożenia dobrostanu pacjenta, naruszania jego autonomii i godności, nieetycznego lub niewłaściwego zachowania członków zespołu terapeutycznego, decyzji dotyczących końca życia, prowadzenia uporczywej terapii, oraz kosztów opieki (zwłaszcza jeżeli wpływają na jej jakość). Ponadto dotyczą leczenia przeciwbólowego (zwłaszcza w kontekście tzw. zasady podwójnego skutku), świadomej zgody, udzielania zgody zastępczej, a także decyzji wyrażonych *pro futuro* [20–22].

Autonomia osoby starszej pozostającej w instytucji opiekuńczej

Szacunek dla autonomii pacjentów geriatrycznych objętych opieką stacjonarną musi obejmować możliwość dokonywania przez nich wyborów i utrzymania swojej tożsamości [4]. Niestety, wielu seniorów pozostaje biernych w zakresie podejmowania decyzji dotyczących ich samych. Mieszkańcy domów opieki spędzają dużo czasu we własnym gronie oraz w towarzystwie pracowników. Taki stan rzeczy powoduje, że ich interakcje społeczne są ograniczone. Często utożsamiają oni starość oraz pobyt w placówce opiekuńczej z ograniczeniem możliwości wyrażania swoich opinii czy preferencji oraz brakiem szans na kontynuowanie swych przyzwyczajzeń i zainteresowań [4, 23].

W wielu przypadkach autonomia chorego znajdującego się w domu opieki jest utożsamiana z autonomią pacjenta znajdującego się w lecznictwie szpitalnym lub ambulatoryjnym i opiera się ściśle na standardach zgody świadomej. Jednakże kwestia zgody osób przebywających w instytucji opiekuńczej nie powinna być postrzegana jako zgoda jednorazowa, lecz jako kontinuum relacji między rezydentem a opiekunami. Należy pamiętać, że w opiece instytucjonalnej wspomaganie autonomii podopiecznych przyczynia się do zwiększenia ich poziomu satysfakcji z pozostawania w placówce. Ponadto osoby starsze często utożsamiają autonomię z jakością życia [9, 18].

Poszanowanie autonomii mieszkańca domu opieki jest niezwykle ważne, jednak należy pamiętać, że nie każda osoba jest w stanie i chce wziąć udział w samostanowieniu oraz podejmowaniu autonomicznych decyzji. Ponadto należy uwzględnić, że zachowania przejawiane przez podopiecznych, choć zgodne z ich wolą, mogą niekorzystnie wpływać na funkcjonowanie i bezpieczeństwo ich samych, a także pozostałych mieszkańców placówki. W takich sytuacjach istotną rolę personelu jest promowanie autonomii jednostek przy jednoczesnej ochronie ich samych oraz innych osób pozostających pod opieką [1, 2, 9]. Jednakże niekiedy zapewnianie bezpieczeństwa podopiecz-

nemu (a także innym mieszkańcom placówki i otoczeniu) może wymagać ograniczenia jego autonomii i swobody decyzyjnej [1, 24]. Dylematy może również rodzić kwestia zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego pacjentom w sytuacji, kiedy nie akceptują oni nakładanych na nich ograniczeń (np. barierki przy łóżku, zamykanie drzwi do pomieszczeń, ograniczona swoboda poruszania się) [25].

Ograniczenie autonomii pacjentów wynikające z deficytów zarówno poznawczych, jak i fizycznych może prowadzić do konieczności zwiększenia jej ochrony przez opiekujących się nimi personel. Istotne jest zapewnienie równowagi pomiędzy autonomią i niezależnością a koniecznością ochrony i zapewnienia opieki. Osoby starsze stereotypowo uznawane za słabe i wrażliwe często przez bliskich i personel są traktowane paternalistycznie, a ich autonomia jest ograniczana w imię wyższego dobra, jakim jest ochrona przed potencjalnym skrzywdzeniem. Wobec osób, które cierpią na zaburzenia otępienne, stanowiących liczną grupę pacjentów geriatrycznej opieki instytucjonalnej, często konieczne jest stosowanie podejścia paternalistycznego rozumianego jednak jako czynienie dobra i zapobieganie krzywdzie (nieszkodzenie) [9, 26]. Można również założyć, że paternalizm stosowany wobec osób z zaburzeniami otępiennymi w swej istocie nie spełnia kryteriów paternalizmu, ponieważ tę grupę chorych cechuje zaburzenie autonomii lub całkowity jej brak. Nie można więc mówić o jej zignorowaniu czy działaniu *wbrew* niej [27].

Człowiek pozostający w opiece instytucjonalnej często jest zmuszony do poddania się rytmowi instytucji, w której zamieszkuje. Szanowanie preferencji i życzeń pacjentów, zwłaszcza, gdy są one rozbieżne ze zwyczajami czy procedurami panującymi w placówce, może rodzić wiele dylematów zarówno dla personelu, jak i dla samych pacjentów. W ośrodkach opieki może również dochodzić do konfliktów wynikających z odmiennych potrzeb i życzeń współmieszkańców. Optymalnym ich rozwiązaniem jest kompromis pomiędzy preferencjami współmieszkańców z uwzględnieniem kontekstu organizacyjnego placówki [25, 28]. Osoby zamieszkujące w instytucjach opiekuńczych są również narażone na naruszenie swej autonomii ze względu na konieczność dostosowania się do formalnych lub zwyczajowych wymogów panujących w danej placówce [3, 4, 18]. Dlatego też promowanie autonomii mieszkańców instytucjonalnych form opieki (ZOL, DPS) wymaga od pielęgniarek aktywnego udziału związanego z włączaniem do procesu decyzyjnego podopiecznych zarówno w sprawach elementarnych (jak np. higiena czy spożywanie posiłków), jak i wspierania indywidualności w bardziej złożonych kwestiach. Największym wyzwaniem dla podtrzymania autonomii rezydenta jest organizacja

fizycznego środowiska instytucji, w jakiej się znajduje. Seniorzy pozostający pod opieką instytucji powinni mieć możliwość korzystania z rzeczy osobistych, wyboru posiłków, ubioru, pory wykonywania czynności higienicznych, godzin snu. Aby wspierać autonomię mieszkańców, konieczna jest także efektywna komunikacja pomiędzy nimi i ich bliskimi a personelem w zakresie planowania opieki zarówno długoterminowego, jak i związanego z planem konkretnych dni. Stworzenie atmosfery zrozumienia i wzajemnego szacunku wpływa korzystnie na bio-psycho-społeczne funkcjonowanie seniorów [3, 18].

Godność w instytucjonalnej opiece geriatrycznej

Poszanowanie godności, zwłaszcza w kontekście opieki długoterminowej, stanowi jeden z elementów wpływających na jakość życia objętych nią osób. Godność często jest rozumiana przez pacjentów jako postawy innych osób wobec nich. Na percepcję godności wpływają także: zależność, zaburzenia somatyczne, ale także wewnętrzna siła i poczucie koherencji oraz koncepcja opieki [5, 29].

Poszanowanie godności pacjenta jest szczególnie istotnym aspektem długoterminowej opieki instytucjonalnej sprawowanej na osobami starszymi. Rolą personelu jest zachowanie i wzmacnianie autonomii podopiecznych, sprawowanie holistycznej i zindywidualizowanej opieki, okazywanie szacunku, empatii i aktywne wsłuchiwanie się w potrzeby podopiecznych. Ważna jest również ochrona praw pacjenta realizowana przez pielęgniarki (koncepcja adwokatury) [2]. Promowanie poszanowania godności w opiece pielęgniarskiej powinno uwzględniać przede wszystkim szanowanie autonomii pacjenta oraz włączanie go w samostanowienie i podejmowanie decyzji w procesie pielęgnowania w takim zakresie, w jakim chory jest zdolny tego dokonać (koncepcja autonomii aktualnej) [9, 30, 31]. Kolejnym istotnym aspektem jest ochrona i zapewnienie prywatności oraz poufności, a także zwiększanie niezależności mieszkańców. Istotne jest również umożliwienie mieszkańcom kontynuowania swoich przyzwyczajeń, nawyków czy zainteresowań, które były dla niego ważne przed zamieszkaniem w instytucji opiekuńczej [8, 31].

Godność pacjenta geriatrycznego w długoterminowej opiece instytucjonalnej jest naruszana głównie w obszarze dominacji nad pacjentem i narzucania mu decyzji personelu oraz koncentrowaniu się na jednostce chorobowej, a nie na pacjencie jako holistycznej całości. Naruszenie poczucia godności pacjenta może być spowodowane koniecznością dostosowania się do wymogów placówki (podporządkowanie się), ograniczonymi możliwościami podejmowania własnych decyzji, a także koniecznością mieszkania razem z ob-

cymi ludźmi. Uprzedmiotowienie pacjenta stanowi najczęstszy przykład naruszenia godności, związane jest zazwyczaj z rygorystycznym stosowaniem się do wytycznych danej placówki (np. czynności higieniczne prowadzone w ściśle określonych godzinach). Natomiast postrzeganie pacjenta jako unikalnego bytu posiadającego własną historię, pragnienia i preferencje sprzyja wzmocnieniu poczucia godności [10, 23]. Istnieje przekonanie, że ludzie starsi, którzy są często chorzy, niepełnosprawni, są skazani na opiekę instytucjonalną, której zasadom muszą się podporządkować. Natomiast pacjenci (zwłaszcza bez zaburzeń poznawczych lub z łagodnym ich zaawansowaniem) posiadają silnie zakorzenione poczucie prywatności dotyczące zarówno obszaru informacji, jak i ich własnej cielesności czy posiadanych rzeczy. Dlatego też wszelkie ingerencje w tę prywatność mogą być przez nich postrzegane jako poniżające (np. zmiana pieluchomajtek, wymiana cewnika czy rutynowa kąpiel) [32].

Zrozumienie, czym jest godność w kontekście instytucjonalnej opieki długoterminowej, wymaga także indywidualnej odpowiedzi na pytanie, co to pojęcie oznacza dla poszczególnych osób z personelu. Dalsze rozważania obejmują określenie relacji świadczonej opieki z indywidualnym pojmowaniem godności, zbadanie, jakie czynniki wpływają na jej poszanowanie (lub ograniczenie), a także, jaki sposób w codziennej praktyce personel może wzmacniać godność osoby powierzonej ich opiece. Istotnym elementem poszanowania godności w czasie sprawowania opieki jest okazanie empatii oraz skuteczne komunikowanie się (werbalne i pozawerbalne) zarówno z pacjentem (a także jego bliskimi), jak i innymi członkami personelu. Rozważania podejmowane wokół poszanowania godności podopiecznych placówki opiekuńczej powinny zmierzać do ustalenia standardów postępowania, rozwiązywania konfliktów i reagowania w sytuacjach niestandardowych, a także wyłonienia liderów (wzorców) sprawowanej opieki [33].

Podsumowanie

Opieka pielęgniarska świadczona wobec osób starszych pozostających w instytucjach opiekuńczych powinna zmierzać do holistycznego ujmowania człowieka i poszanowania jego podmiotowości. Wszelkie dylematy powstające w związku z udzielanymi świadczeniami muszą podlegać rozstrzygnięciu pomiędzy prawem do samostanowienia i autonomii pacjenta, prawami pozostałych pacjentów a obowiązkami zawodowymi personelu i kontekstem organizacyjnym placówki.

Należy pamiętać, że autonomia osób starszych zamieszkujących instytucjonalne formy opieki może ulegać różnorodnym ograniczeniom ze względu na stan

zdrowia zamieszkujących tam osób, a także specyfikę funkcjonowania tego typu placówek. Dlatego też istotne jest, aby udzielane świadczenia pielęgniarstwa były prowadzone z poszanowaniem godności pacjentów, okazaniem im szacunku, w sposób umożliwiający im osiągnięcia jak najwyższej jakości życia. Konieczne jest także jednocześnie zapewnienie prawa do podejmowania swobodnych decyzji i ochrona przed skrzywdzeniem. Szczegółowe zagadnienia związane z poszanowaniem godności osób powierzonych długoterminowej instytucjonalnej opiece pielęgniarstwa obejmują efektywne komunikowanie się i rozumienie koncepcji godności, określenie zasad jej poszanowania. Istotne jest także podejmowanie przez personel opiekuńczy placówki dyskusji na temat zasad poszanowania godności podopiecznych, a także stworzenie wskazówek i wytycznych postępowania.

Piśmiennictwo

- van der Dam S, Abma TA, Kardol MJM, et al. „Here’s my dilemma”. Moral case deliberation as a platform for discussing everyday ethics in elderly care. *Health Care Anal.* 2012; 20(3): 250–267, doi: [10.1007/s10728-011-0185-9](https://doi.org/10.1007/s10728-011-0185-9), indexed in Pubmed: [21809142](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21809142/).
- Oosterveld-Vlug MG, Pasman HR, van Gennip IE, et al. Nursing home staff’s views on residents’ dignity: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 353, doi: [10.1186/1472-6963-13-353](https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-353), indexed in Pubmed: [24041222](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24041222/).
- Welford C, Murphy K, Rodgers V, et al. Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. *Int J Older People Nurs.* 2012; 7(1): 65–69, doi: [10.1111/j.1748-3743.2012.00311.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00311.x), indexed in Pubmed: [22348264](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22348264/).
- Murphy K, Welford C. Agenda for the future: enhancing autonomy for older people in residential care. *Int J Older People Nurs.* 2012; 7(1): 75–80, doi: [10.1111/j.1748-3743.2012.00309.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00309.x), indexed in Pubmed: [22348266](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22348266/).
- Manthorpe J, Iliffe S, Samsi K, et al. Dementia, dignity and quality of life: nursing practice and its dilemmas. *Int J Older People Nurs.* 2010; 5(3): 235–244, doi: [10.1111/j.1748-3743.2010.00231.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00231.x), indexed in Pubmed: [20925707](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925707/).
- Bollig G, Rosland JH, Gjengedal E, et al. A European multicenter study on systematic ethics work in nursing homes. *Scand J Caring Sci.* 2017; 31(3): 587–601, doi: [10.1111/scs.12373](https://doi.org/10.1111/scs.12373), indexed in Pubmed: [27561245](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27561245/).
- Lillemoen L, Pedersen R. Ethics reflection groups in community health services: an evaluation study. *BMC Med Ethics.* 2015; 16: 25, doi: [10.1186/s12910-015-0017-9](https://doi.org/10.1186/s12910-015-0017-9), indexed in Pubmed: [25889307](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25889307/).
- Kelly F, Innes A. Human rights, citizenship and dementia care nursing. *Int J Older People Nurs.* 2013; 8(1): 61–70.
- Sherwin S, Winsby M. A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expect.* 2011; 14(2): 182–190, doi: [10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x), indexed in Pubmed: [21029285](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21029285/).
- Heijkenskjöld KB, Ekstedt M, Lindwall L. The patient’s dignity from the nurse’s perspective. *Nurs Ethics.* 2010; 17(3): 313–324, doi: [10.1177/0969733010361444](https://doi.org/10.1177/0969733010361444), indexed in Pubmed: [20444773](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20444773/).
- Milte R, Shulver W, Killington M, et al. Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016; 63: 9–17, doi: [10.1016/j.archger.2015.11.007](https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.11.007), indexed in Pubmed: [26791166](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26791166/).
- Dwyer LL, Andershed B, Nordenfelt L, et al. Dignity as experienced by nursing home staff. *Int J Older People Nurs.* 2009; 4(3): 185–193, doi: [10.1111/j.1748-3743.2008.00153.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00153.x), indexed in Pubmed: [20925775](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925775/).
- Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, et al. Nurses’ perceptions of individualized care: an international comparison. *J Adv Nurs.* 2011; 67(9): 1895–1907, doi: [10.1111/j.1365-2648.2011.05626.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05626.x), indexed in Pubmed: [21449986](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21449986/).
- Dierckx de Casterlé B. Realising skilled companionship in nursing: a utopian idea or difficult challenge? *J Clin Nurs.* 2015; 24(21-22): 3327–3335, doi: [10.1111/jocn.12920](https://doi.org/10.1111/jocn.12920), indexed in Pubmed: [26248882](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26248882/).
- Hov R, Hedelin B, Athlin E. Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities. *Int J Older People Nurs.* 2013; 8(1): 50–60, doi: [10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x), indexed in Pubmed: [22309290](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22309290/).
- McCormack B, Roberts T, Meyer J, et al. Appreciating the ‘person’ in long-term care. *Int J Older People Nurs.* 2012; 7(4): 284–294, doi: [10.1111/j.1748-3743.2012.00342.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00342.x), indexed in Pubmed: [23164250](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23164250/).
- Tuckett AG. On paternalism, autonomy and best interests: telling the (competent) aged-care resident what they want to know. *Int J Nurs Pract.* 2006; 12(3): 166–173, doi: [10.1111/j.1440-172X.2006.00565.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00565.x), indexed in Pubmed: [16674784](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16674784/).
- Welford C, Murphy K, Wallace M, et al. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *J Clin Nurs.* 2010; 19(9-10): 1226–1235, doi: [10.1111/j.1365-2702.2009.03185.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03185.x), indexed in Pubmed: [20345826](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20345826/).
- Agich G. Dependence and autonomy in old age. *Wyd. Cambridge University Press, Cambridge.* ; 2003: 83–123.
- Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs.* 2010; 66(11): 2510–2519, doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x), indexed in Pubmed: [20735502](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20735502/).
- Gibson JL, Upshur REG. Ethics and chronic disease: where are the bioethicists? *Bioethics.* 2012; 26(5): ii–iv, doi: [10.1111/j.1467-8519.2012.01974.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2012.01974.x), indexed in Pubmed: [22571427](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22571427/).
- Barnes M, Brannelly T. Achieving care and social justice for people with dementia. *Nurs Ethics.* 2008; 15(3): 384–395, doi: [10.1177/0969733007088363](https://doi.org/10.1177/0969733007088363), indexed in Pubmed: [18388172](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18388172/).
- Caspari S, Aasgaard T, Lohne V, et al. Perspectives of health personnel on how to preserve and promote the patients’ dignity in a rehabilitation context. *J Clin Nurs.* 2013; 22(15-16): 2318–2326, doi: [10.1111/jocn.12181](https://doi.org/10.1111/jocn.12181), indexed in Pubmed: [23651360](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23651360/).
- Penrod J, Yu F, Kolanowski A, et al. Reframing person-centered nursing care for persons with dementia. *Res Theory Nurs Pract.* 2007; 21(1): 57–72, indexed in Pubmed: [17378465](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17378465/).
- Kane R. Long-term care. W: Post S. (red.). *Encyclopedia of Bioethics* 3rd edition. Macmillan, New York; 2004: 1440–1448.
- Schermer M. Nothing but the truth? On truth and deception in dementia care. *Bioethics.* 2007; 21(1): 13–22, doi: [10.1111/j.1467-8519.2007.00519.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00519.x), indexed in Pubmed: [17845498](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17845498/).

27. Łuków P. Granice autonomii pacjenta. W: Różyńska J., Chańska W. (red.). Bioetyka. Wyd. Wolters Kluwer SA, Warszawa. ; 2013: 73–85.
28. Rodgers V, Welford C, Murphy K, et al. Enhancing autonomy for older people in residential care: what factors affect it? *Int J Older People Nurs.* 2012; 7(1): 70–74, doi: [10.1111/j.1748-3743.2012.00310.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00310.x), indexed in Pubmed: [22348265](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22348265/).
29. Franklin LL, Ternstedt BM, Nordenfelt L. Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nurs Ethics.* 2006; 13(2): 130–146, doi: [10.1191/0969733006ne851oa](https://doi.org/10.1191/0969733006ne851oa), indexed in Pubmed: [16526148](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16526148/).
30. Mitchell G, Templeton M. Ethical considerations of doll therapy for people with dementia. *Nurs Ethics.* 2014; 21(6): 720–730, doi: [10.1177/0969733013518447](https://doi.org/10.1177/0969733013518447), indexed in Pubmed: [24493710](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24493710/).
31. Heggstad AK, Nortvedt P, Slettebø Å. „Like a prison without bars’: dementia and experiences of dignity. *Nurs Ethics.* 2013; 20(8): 881–892, doi: [10.1177/0969733013484484](https://doi.org/10.1177/0969733013484484), indexed in Pubmed: [23702888](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23702888/).
32. Redman BK. Responsibility for control; ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. *Bioethics.* 2007; 21(5): 243–250, doi: [10.1111/j.1467-8519.2007.00550.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00550.x), indexed in Pubmed: [17845469](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17845469/).
33. Gallagher A. Dignity toolkit for care homes, “ENACT Project - Empowering Nurses to provide ethical leadership in Care homes supported by a dignity Toolkit”, <http://dignitytoolkitsurrey.org/> [data pobrania 7.6.2017].